

EDITORIALES

HINCHAZON SEGMENTARIA DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO EN LAS ENFERMEDADES INTERNAS

El fenómeno de la irradiación dolorosa segmentaria en las enfermedades internas es un hecho bien conocido, y del que se obtienen datos diariamente en la clínica para el diagnóstico. Existen otros fenómenos, también de irradiación segmentaria, distintos del dolor, que no son tan conocidos como fuera de desear, a pesar de que en repetidas ocasiones distintos autores han insistido sobre ellos. Ya en 1938, HANSEN y von STAAB reunieron en una monografía la descripción de gran parte de dichos fenómenos. Especialmente hicieron hincapié en las variaciones de tensión de la piel y el tejido subcutáneo, perceptibles a la palpación. DICKE y LEUBE han aplicado estos conocimientos para establecer con fines terapéuticos una técnica de masaje del conectivo de las zonas reflejas.

La tumefacción de la piel y del tejido conectivo se aprecia a veces a la simple inspección, comparando un lado con el opuesto y otras veces a la presión, como aumento en la resistencia al desplazamiento de la piel en relación a los planos profundos y a las zonas vecinas. Por el contrario, la presión del dedo no deja huella o sólo muy escasa. Algunas otras manifestaciones vegetativas suelen ser apreciables en la parte tumefacta. Bien se trata de erección de los pelos, ya de ligera cianosis o aspecto marmorado de la piel. La apreciación de la tumefacción es a veces muy difícil; es preciso para ello pellizcar cuidadosamente con los dedos, comparando con el lado opuesto y en condiciones de relajación de la musculatura subyacente. WUENSCHÉ ha establecido una serie de reglas para reconocer clínicamente la hinchazón refleja, y recomienda hacer un pliegue entre ambos dedos índice o medios, especialmente a los lados de la columna vertebral, a unos dos-tres traveses de dedo de las apófisis espinosas, que es donde con más frecuencia se observa la tumefacción refleja.

No todos los casos de alteración refleja de la piel y tejido conectivo se manifiestan de la misma forma. Existiría, según WUENSCHÉ, una forma aguda, de tumefacción blanda; una forma crónica, de tumefacción dura y una atrofia del tejido subcutáneo. Estas tres formas, que se pueden presentar en la clínica de un modo aislado, constituyen en muchas ocasiones un conjunto de estadios que cursan en el orden indicado. La forma crónica se aprecia más que como hinchazón elástica, como una resistencia firme al desplazamiento de la piel sobre los planos miofasciales. De cualquier forma que sea es lo cierto que, una vez que se ha producido la tumefacción refleja del conectivo, nunca se obtiene la "restitutio ad integrum", sino que quedan alteraciones residuales, que permiten reconocer dónde ha existido una tumefacción aguda. Esta alteración residual requiere a veces para ser reconocida el empleo de algunos dispositivos, como el elastómetro de Schade, el medidor de la tensión cutánea de Schulte o el ideado últimamente por WUENSCHÉ.

El substrato anatómico se conoce por estudios realizados por BOEHMIG en biopsias de zonas tumefactas y sanas. En las formas agudas no se encuentra ninguna infiltración celular, la cual se observa, en forma de aumento de fibroblastos, en las formas crónicas. Es más probable, en opinión de WUENSCHÉ, que se trate de alteraciones coloidales de imbibición de las sustancias intersticiales y colágenas, con muy ligero componente de exudado intercelular; la transformación última de la imbibición de las sustancias conectivas sería la formación de cicatriz, que constituiría la etapa de atrofia conectiva. Desde luego, la base fisiopatológica del trastorno debe consistir en alteraciones en la inervación de los pequeños vasos, aunque no reina acuerdo sobre la

forma del trastorno en cuestión (constricción de las arteriolas precapilares, para MUELLER y WERNOE; estasis por dilatación capilar, para ROUANET, etc.).

BIBLIOGRAFIA

- DICKE, E. y LEUBE, H.—Massage reflektorischer Zonen im Bindegewebe. Jena, 1948.
HANSEN, K. y von STAAB, H.—Reflektorische und algetische Krankheitszeichen der inneren Organe. Leipzig, 1938.
WUENSCHÉ, G.—Dtsch. Med. Wschr., 74, 578, 1949.

HEMATOMA PERI-RENAL ESPONTANEO

El hematoma peri-renal es corrientemente de causa traumática, pero se presenta espontáneamente en un cierto número de casos, dando lugar a veces a importantes errores diagnósticos. En una revisión hecha por POLKEY y VYNALEK en 1933, se recogieron 178 casos publicados, y en los últimos años se han comunicado 17 más, entre ellos, dos observados por MARTIN. A éstos debe añadirse también el referido recientemente en esta Revista por GILSANZ y ANSELEM.

No se trata de una entidad morbosa, sino de una complicación que puede surgir en el curso de distintas afecciones. Las enfermedades causales pueden ser del riñón o de las suprarrenales, y esto sucede en el 60 por 100 de los casos; casi todas las enfermedades de estos órganos pueden originar una hemorragia perirrenal; se han descrito enquistes renales y suprarrenales, tumores, nefritis crónicas, hidronefrosis, litiasis, tuberculosis, etc. Otras veces se trata de discrasias sanguíneas: hemofilia, leucemia, escorbuto, púrpura trombopénica, policitemia, etc. Queda otro grupo de afecciones muy variadas, como perinefritis, enfermedad de Hodgkin, arteriosclerosis, aneurisma de la arteria renal, periarteritis nodosa, hipertensión arterial, etc.; en el caso de GILSANZ y ANSELEM se trataba de un aneurisma disecante de la aorta.

Las manifestaciones clínicas pueden ser agudas o crónicas. La presentación aguda es la más frecuente y de mayor importancia, por su trascendencia vital. El cuadro es el de un abdomen agudo, con dolor renal, defensa muscular, a veces tumor palpable y signos de hemorragia interna; se asocia a estos síntomas algo de fiebre, por reabsorción y posteriormente distensión abdominal, vómitos y shock. La presión de la sangre sobre el riñón puede ser causa de anuria, albuminuria e hipertensión (uno de los casos de MARTIN, que tenía previamente una tensión arterial normal, tuvo hipertensión durante y después de la hemorragia peri-renal, por un mecanismo semejante al de la perinefritis celofánica de Page). El cuadro ha sido diagnosticado numerosas veces de apendicitis, de ruptura de embarazo extrauterino, de perforación de una viscosa, etc.

La forma crónica se caracteriza por un dolorimiento y sensación de tensión en la región renal, donde se palpa habitualmente una tumoración, que suele diagnosticarse de hidronefrosis, hipernefroma o riñón poliquístico. La pielografía resulta de gran valor en estos casos, al permitir observar el desplazamiento del riñón por el hematoma (EKMAN).

El diagnóstico de la hemorragia peri-renal se establece pocas veces en la clínica. La mayor parte de los casos descritos han sido hallazgos de intervención, al operar con otro diagnóstico. Se facilita mucho éste cuando aparece el signo descrito por CIBERT, VACHON y CAVALIER,

consistente en equimosis en la región lumbar, sobre el tumor que se palpa.

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento ha de ser quirúrgico, con lo que corrientemente se salva la vida del enfermo. Despues de la eliminación de los coágulos se hará una detenida exploración de la celda renal, por si se trata de una hemorragia en el seno de un tumor maligno. En alguno entre todos los casos operados fué necesario practicar una nefrectomía, curando completamente el enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- CIBERT, J., VACHON, A. y CAVAILHER, H.—J. Urol. Med. Chir., 50, 65, 1942.
 EKMAN, H.—Acta. Chir. Scand., 93, 531, 1946.
 GILSANZ, V. y ANSELEM, A.—Rev. Clin. Esp., 33, 47, 1949.
 MARTIN, K. W.—Br. Med. J., 1, II18, 1949.
 PAGE, L. H.—Science, 89, 273, 1939.
 POLKEY, H. J. y VYNALEK, W. J.—Arch. Surg., 26, 196, 1933.

FALSA OBSTRUCCION DEL COLON. SINDROME DE OGILVIE

En los últimos tiempos han aparecido varias comunicaciones sobre casos similares a los descritos por OGILVIE, y es posible que se trate de un cuadro no raro, especialmente como complicación postoperatoria de diversos procesos abdominales.

Los dos casos descritos por OGILVIE eran enfermos de tumor, con metástasis que habían invadido la pared abdominal posterior y los pilares del diafragma. El cuadro clínico consistía en dolores cólicos, con borborígmox y distensión abdominal, simulando una obstrucción del colon. En la intervención se demostró que no existía obstrucción de esta víscera, y OGILVIE sugiere que el síndrome se debe a trastornos en la inervación del colon a causa de la formación neoplásica. Tres posibles teorías aduce a este respecto: invasión de las fibras parasimpáticas, con estimulación de las mismas; producción de una sustancia colinérgica por las células tumo-

rales; para el otro por interrupción de las fibras post-ganglionicas, por el crecimiento neoplásico. En ninguno de los dos casos se practicó autopsia, por lo que estas posibilidades son hipótesis, más o menos fundadas. HANDLEY, que ha descrito otro caso también por invasión neoplásica de los pilares diafragmáticos, piensa asimismo en una hipótesis vascular, por compresión u obstrucción de los vasos mesentéricos superiores, aunque este mecanismo no se presentaba en su caso y probablemente tampoco en ninguno de los descritos. La mayoría de los autores que se han ocupado del asunto afirman que la tercera de las posibilidades apuntadas por OGILVIE, es decir, la interrupción de las vías simpáticas, es la que tiene más probabilidades de ser cierta.

Los estudios hasta ahora realizados sobre el síndrome son demasiado escasos para que pueda establecerse con seguridad su mecanismo. OGILVIE pensó en un trastorno de la inervación del colon distal, pero DUNLOP objeta que una interrupción de las vías simpáticas a este nivel debería ocasionar una vasodilatación en la pierna izquierda, que nunca ha sido observada. En el caso de DUNLOP se encontró en la exploración radiológica una dilatación del ileon terminal, ciego, ascendente y transverso, en tanto que era normal el aspecto del colon más distal. Es posible, por tanto, que la disfunción motora recaiga también en otros casos en esta porción media del intestino, ya que las manifestaciones clínicas en este caso son iguales que si el trastorno asienta más distalmente.

No todos los casos de síndrome de OGILVIE son debidos a la interrupción de los esplácnicos por tumores. En un caso descrito por GERLIS, la muerte se produjo por un síndrome de obstrucción intestinal, a causa de un hematoma en la pared abdominal posterior, que producía una gran dilatación del intestino delgado. Este hematoma había sido producido por una intervención por hernia inguinal, y es muy posible que síndromes de obstrucción que surgen después de distintas intervenciones quirúrgicas se deban a hemorragias en la raíz del mesenterio o en la proximidad de las arterias mesentéricas superiores.

BIBLIOGRAFIA

- DUNLOP, J. A.—Br. Med. J., 1, 890, 1949.
 GERLIS, L. M.—Br. Med. J., 1, 1137, 1949.
 HANDLEY, R. S.—Br. Med. J., 1, 891, 1949.
 OGILVIE, H.—Br. Med. J., 2, 671, 1948.

CONSULTAS

En esta sección se contestará a cuantas consultas nos dirijan los suscriptores sobre casos clínicos, interpretación de hechos clínicos o experimentales, métodos de diagnóstico, tratamientos y bibliografía.

J. L. S. H.—Bibliografía francesa y española sobre espiometría.

Le indicamos algunos de los trabajos más recientes sobre el tema, especialmente los que exponen la metodica.

ARNAUD, TULOR y MÉRIGOT.—L'exploration de la fonction respiratoire. París, 1947.

- PETRILLO.—La función respiratoria. Montevideo, 1945.
 LABOURT y LANARI.—Medicina (Buenos Aires), 4, 33, 1943.
 OLMES DE CARRASCO.—Rev. Clin. Esp., 7, 59, 1942.
 BATTRO y LABOURT.—Rev. Arg. Cardiol., 10, 83, 1943.
 OLMES DE CARRASCO.—Medicina, 14, 1°0, 1946.
 VACCAREZZA y SOUBRIÈ.—Rev. Clin. Esp., 20, 129, 1946.
 ALIX y PITA.—Rev. Clin. Esp., 19, 90, 1945.
 JÉQUIER-DOGE.—Sem. des hôp. París, 22, 1161, 1946.
 CROIZIER.—J. Méd. Lyon, 28, 241, 1947.
 MOTTARD y PEREMANS.—Rev. Méd. Liège, 2, 290, 1947.
 BIRATH.—Rev. de la Tuberc., 10, 717, 1946.
 HEDON.—Pontpellier Méd., 19-20, 336, 1941.